

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Ben B. GRUNBERG

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Craïova (Roumanie), le 26 Octobre 1902

Travail du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital Lariboisière
(Professeur Sebileau)

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'Extirpation des Goitres encapsulés

Technique du Professeur Sebileau

Président : M. SEBILEAU, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1931

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Berub

B. GRUNBERG

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Craïova (Roumanie), le 26 Octobre 1902

Travail du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital Lariboisière
(Professeur Sebileau)

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'Extirpation des Goitres encapsulés

Technique du Professeur Sebileau

Président : M. SEBILEAU, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimental.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LœPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI. .	Neuro-psychiatrie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgie.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	MOREAU.	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET. .	Pathologie chirurgie.
DOGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgie.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	N	Physiologie.
FEY	Urologie.	OBERLING. . . .	Anatomie pathologique.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	OLIVIER.	Anatomie.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.	PIÉDELIEVRE. .	Médecine légale.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
GIROUD	Histologie.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HAZARD	Pharmacologie.	SAUNIE	Chimie biologique.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT	
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.	(Pasteur). . . .	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
		VELTER	Ophtalmologie.
		VERNE.	Histologie.
		VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER. . . .	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
LEROUX.	Anatom. pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LIGNEL-LAVASTINE		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Éducation physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien recevoir ici
l'hommage de ma respectueuse affection,
de ma profonde vénération
et de mon fidèle attachement.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PASTEUR VALLERY-RADOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE BICÊTRE

Je le prie de recevoir ici, avec l'expression de mes sentiments très respectueux, l'hommage de ma plus vive reconnaissance et de mon profond attachement pour la bienveillance qu'il m'a témoignée durant mon séjour passé dans son service.

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR BOIDIN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BICHAT

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma respectueuse affection.*

A MON MAITRE M. LE DOCTEUR DESMAREST

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL AMBROISE PARÉ

*Hommage de reconnaissance et de
fidèle attachement.*

A M. LE DOCTEUR ROSSERT
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

ET A M. LE DOCTEUR GEORGES
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MES TRÈS CHERS AMIS

LES DOCTEURS LOWINSOHN, ROSENSTEIN,
BEINIS, LYDIA PEIGER, HERMANN, MAISLER,
INTERNE DES HOPITAUX ; FRANCES, EXTERNE DES
HOPITAUX ; B. PARAIANOU, AVOCAT ; A. ESCHENASI,
AVOCAT ; D. PIPPIDI, DOCTEUR ÈS-LETTRES ;
R. PARAIANOU, M. MENDEL, INGÉNIEURS.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR P. DELBET, CHIRURGIEN DE
L'HOPITAL COCHIN.

M. LE PROFESSEUR F. WIDAL (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR BOIDIN, MÉDECIN DE L'HOPITAL
BICHAT.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FREDET, CHIRUR-
GIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST, CHI-
RURGIEN DE L'HOPITAL AMBROISE PARÉ.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VALLERY-
RADOT, MÉDECIN DE L'HOPITAL DE BICÊTRE.

M. LE DOCTEUR HAUTANT, LARYNGOLOGISTE
DE L'HOPITAL TENON.

M. LE PROFESSEUR P. SEBILEAU, LARYNGOLO-
GISTE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE.

Introduction

Nous n'envisagerons ici que la technique de l'extirpation des goitres encapsulés, et ce travail, entièrement inspiré de l'expérience et de la pratique de notre Maître le Professeur Sebileau, ne prétend qu'exposer ses idées, mettre en évidence certains points de technique sur lesquels il insiste et qui nous paraissent d'un intérêt primordial.

Nous verrons comment par l'accouchement du corps thyroïde, porteur de la tumeur, et la décor-tication proche de la tumeur au tampon, l'énu-cléation du goitre, sans aucune ligature préalable, devient, quel que soit le volume de la masse tumo-rale, d'une extrême bénignité et d'une grande fa-cilité d'exécution.

Considérations Cliniques

Au point de vue clinique et un peu schématique, nous avons trois sortes de goitres à opérer :

1^o *Des goitres à tumeur unique* (solide ou kystique), tumeur dont le volume varie de celui d'un petit œuf à celui d'une tête d'enfant et qui, suivant les cas, sont chirurgicalement circonscrits ou diffus. De beaucoup les plus rares, ces goitres occupent la totalité d'un lobe du corps thyroïde, soit d'un côté, soit des deux côtés, le plus souvent des deux côtés. Ils sont toto-lobaires. Extraits du cou, ils apparaissent sous la forme d'une masse ovoïde, rougeâtre, mollassée, dont la surface est lisse et le parenchyme homogène. La capsule conjonctive qui les entoure, à la surface de laquelle on voit serpenter d'assez grosses veines, présente une épaisseur variable avec l'âge du goitre et les phénomènes inflammatoires qu'éventuellement il a dû subir. Ce sont ces goitres qu'on désigne sous le nom de goitres charnus ou parenchymateux et dont les caractères fondamentaux sont les suivants :

- La tumeur est unique.
- Elle se confond intégralement avec la glande.
- Elle en reproduit exactement la forme.
- Elle est donc diffuse.

2° *Des goitres à tumeur principale* (solide ou kystique), tumeur dont le volume varie dans les mêmes proportions, mais qui est entourée de quelques noyaux satellites sans importance.

De beaucoup les plus répandus, ces goitres naissent dans l'épaisseur d'un lobe sous la forme de noyaux isolés, entourés de tissu thyroïdien plus ou moins altéré, mais distinct de la néoformation : ils s'y creusent une sorte de nid, s'y enferment et s'y enveloppent. Ce sont les goitres nodulaires, partiello-lobaires ; on les dénomme encore goitres circonscrits. Rarement unique, le goitre nodulaire est ordinairement formé de plusieurs noyaux, et ces noyaux sont ou exclusivement kystiques, ce qui est fréquent, ou exclusivement charnus, ce qui est beaucoup plus rare, ou tout à la fois kystique et charnus ce qui est commun. Quel que soit le siège qu'ils occupent dans la glande, ces noyaux sont toujours entourés d'une enveloppe conjonctive composée de plusieurs couches dont la plus profonde forme ce qu'on dénomme leur paroi propre ; plus ils sont âgés, mieux ils sont encapsulés. Tous ces goitres, auxquels leur structure fait donner des qualificatifs différents (charnus, kystiques, mixtes, gélatineux, colloïdes, hématiche,

etc.), sont susceptibles de devenir volumineux mais gardent toujours leurs caractères fondamentaux :

— La tumeur est le plus souvent multiple.

— Elle est intraglandulaire et séparée du propre organe par un entourage conjonctif.

— Elle a une forme personnelle et complètement indépendante de celle du corps thyroïde lui-même.

— Elle est limitée et encapsulée.

3° *Des goîtres à tumeurs multiples* (solides, kystiques ou mixtes) où les nodules sont nombreux, mais où aucun d'eux ne prend sur les autres un développement prépondérant.

Considérations Anatomiques

A. *La situation des goitres.* — Les goitres sont des tumeurs cervicales, plus ou moins hautes, ou basses, et plus ou moins latéralisées suivant le point où elles ont pris naissance, le développement qu'elles ont acquis et la manière dont elles se sont dégagées de la profondeur. Quelques-unes sont, à la fois, cervicales et médiastinales, rétro-sternales ou rétro-claviculaires ; certaines exclusivement médiastinales (goitres plongeants).

B. *La mobilité des goitres.* — Etant des tumeurs bénignes, les goitres en se développant dans la vaste loge celluleuse du cou, où ils ne rencontrent comme obstacle que le plastron formé par les muscles sous-hyoïdiens, ne contractent aucune adhérence périphérique. De ce fait, ils sont mobiles dans le cou, mais ils ne sont mobiles qu'avec le tube laryngo-trachéal et leur appareil vasculaire. En effet, le goitre accompagne le conduit laryngo-trachéal dans les mouvements verticaux de la déglutition ; quand on mobilise transversalement le goitre, on mobilise en même temps la trachée ; quand

après avoir incisé le plan musculaire sous-hyoïdien, on accouche le goitre, c'est-à-dire quand on l'extrait du cou, on amène en même temps vers soi le corps thyroïde, la trachée, les artères thyroïdiennes et les veines. Et cela pour deux raisons : d'une part, parce que la face postérieure du corps thyroïde prend adhérence intime avec la face antérieure des premiers anneaux de la trachée ; d'autre part, parce que les deux flexueuses artères thyroïdiennes, la supérieure et l'inférieure nées loin de la glande, et arrivées à elle après un long trajet, ont, pour ainsi dire, du restant de longueur et, en raison de cela, se prêtent facilement à l'allongement provoqué par l'extraction.

C. *Les formations conjonctives autour des goitres.* — La question des formations conjonctives étant intimement liée à la question du manuel opératoire, nous laisserons notre Maître le Professeur Sébileau exposer sa manière de voir sur les formations conjonctives qui abordent et enveloppent le corps thyroïde et sur les plans fibreux plus ou moins denses qu'on rencontre autour des goitres :

« Un corps thyroïde normal est entouré d'une capsule conjonctive qui lui est propre ; cette capsule est une toile celluleuse ordinairement ténue, la plupart du temps assez mince pour qu'il soit presque impossible de la détacher du corps thyroïde sans la déchirer. C'est sous elle ou dans son épaisseur que rampent les nombreux vaisseaux veineux

qu'on voit sur la face antérieure de l'isthme et des deux lobes dessiner leurs flexuosités. Mais ce n'est pas sous ce simple et fragile revêtement cellulaire que le corps thyroïde baigne dans la grande loge viscérale du cou. Il y est encore entouré par une formation conjonctive que ses deux pédicules artérioveineux lui apportent de la gaine du gros paquet vasculo-nerveux, formation conjonctive qui, après leur avoir servi de méso, vient entourer le corps thyroïde, l'œsophage et la trachée, formant aux uns et aux autres un fourreau qu'on peut raisonnablement dénommer le fourreau viscéral. J'ai décrit depuis longtemps cette disposition sur laquelle Farabeuf se plaisait à insister. Il y a donc, tout autour du corps thyroïde et particulièrement aux points où il est abordé par ses pédicules artérioveineux et où ses pédicules se divisent : c'est-à-dire au pôle supérieur, au pôle inférieur et au bord postérieur, un grand espace vasculaire qui, par accolement de ses feuillets avec la capsule propre de la glande, disparaît sur le corps thyroïde lui-même, alors que les vaisseaux, s'étant épanouis, circulent à la surface de l'organe, sous cette même capsule propre. C'est dans cet espace conjonctif, dans cette gaine « porte-vaisseau » que les deux artères thyroïdiennes, supérieure et inférieure, cheminent vers le corps thyroïde, l'abordent et l'embrassent de leurs rameaux. C'est aussi dans cet espace que le nerf récurrent monte, non loin de la trachée, vers le bord inférieur au constricteur inférieur. Si

donc, pour atteindre un goitre, on s'engage dans ce clivage vasculo conjonctif, si, en d'autres termes, pour aborder et libérer le bord postérieur du corps thyroïde, on décolle l'un de l'autre, le feuillet antérieur et le feuillet postérieur de cette lame porte-vaisseaux, on risque tout à la fois de déchirer l'artère thyroïdienne inférieure et de blesser le récurrent ; si, au contraire, on s'engage sous sa face profonde, si, par conséquent, on pratique le décollement entre l'enveloppe du corps thyroïde et le corps thyroïde lui-même, l'on ne risque plus de déchirer que des ramifications vasculaires de second et de troisième ordre et l'on est sûr de ne pas atteindre le récurrent. Ces considérations anatomiques, qui visent le corps thyroïde normal, perdent en réalité beaucoup de leur intérêt, quand on les applique à un corps thyroïde atteint de goitre. Comme je l'ai déjà dit, le goitre a comme propriété de modifier considérablement, autour de lui, ce qu'on peut appeler l'état capsulaire ; à la périphérie de la tumeur, les formations conjonctives s'épaississent, se superposent et forment à cette tumeur une sorte de poche à plusieurs plans. Cette poche est centrale quand le goitre est central, intraglandulaire ; elle est, au contraire, superficielle, quand le goitre est superficiel et que son développement l'a amené jusqu'à la surface du corps thyroïde. De là découlent précisément deux conséquences opératoires de la plus haute importance : la première est qu'il existe peu de goitres qu'on ne

puisse, au sens propre du mot, énucléer de leur capsule, c'est-à-dire décortiquer ; la seconde est qu'en pratiquant cette énucléation, le chirurgien risque de rencontrer et, en pratique rencontre toujours plusieurs plans de clivages. Or, il n'en est qu'un où il soit bon de s'engager et de persévérer : c'est celui qui sépare la paroi propre de la tumeur de la première couche conjonctive qui l'entoure. »

D. *Les pédicules vasculaires :*

1° *Le pédicule supérieur*, mi-artériel, mi-veineux, arrive à la corne du corps thyroïde où l'artère et la veine se divisent au contact même de la corne; nul élément nerveux ne s'insinue entre leurs branches.

2° *Le pédicule inférieur* formé par la dissociation de l'artère thyroïdienne inférieure vient d'aborder le pôle homonyme de la glande ; le récurrent s'insinue entre ses branches.

Technique Opératoire

1° *Anesthésie.* — Dans les cas que nous envisageons il n'y a aucune contre-indication à l'anesthésie générale, et notre Maître le Professeur Sébilleau emploie ordinairement le chloroforme pur ou le mélange de chloroforme et d'éther. Avec la canule du Professeur Delbet adaptée à l'appareil de Ricard, la bouche et les fosses nasales étant recouvertes d'une grande compresse stérilisée, on réalise un acte chirurgical parfaitement aseptique.

2° *Les temps opératoires.* — Le malade est couché sur le dos, la tête en forte extension. On trace une incision rectiligne le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, ou dans son tiers inférieur une incision courbe à concavité interne (fig. 1) pour les petits goîtres ; une incision en demi-cercle ou en forme d'U (fig. 2) pour les gros goîtres.

On ouvre la gaine du sterno-mastoïdien et on débague avec le bistouri sa face profonde (fig. 3). On arrive ainsi sur un deuxième plan musculaire for-



FIG. 1 (d'après nature)

L'incision présterno-cleido-mastoïdienne recourbée. L'appareil de Delbet est en place (petit goitre, goitre moyen)



FIG. 2 (d'après nature)

L'incision en demi-cercle (gros goitre)

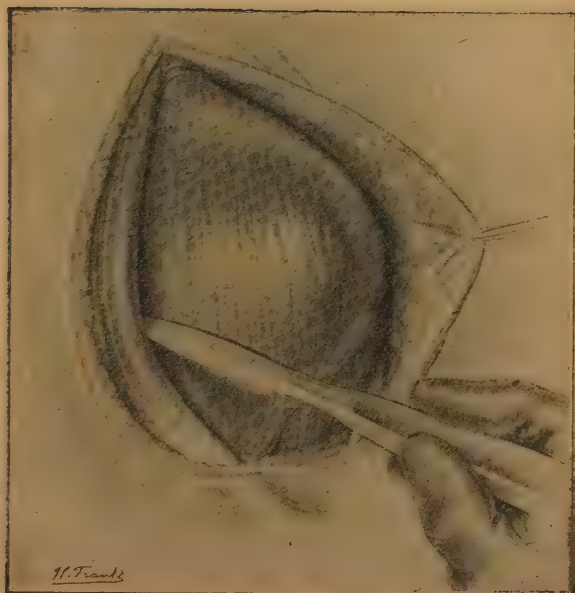


Fig. 3 (d'après nature)

Le bistouri s'engage sous le muscle sterno-cleido-mastoïdien et le sépare des plans profonds. Les faisceaux du sterno-hyoïdien et du sterno-thyroïdien apparaissent, recouvrant la tumeur.

mé par les muscles homo-hyoïdien, en dehors, cléido-hyoïdien et sterno-hyoïdien, qu'on coupe en travers, en plusieurs sections délicates, en le soulevant de la main gauche à l'aide d'une pince à disséquer à griffes (fig. 4).

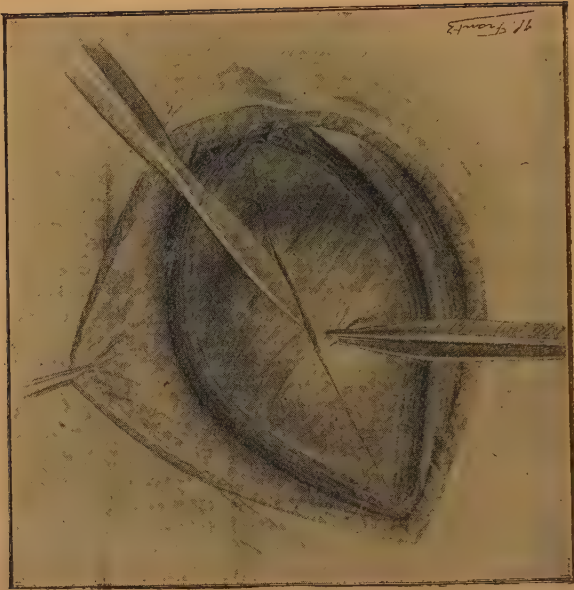


FIG. 4. (d'après nature)

Section des faisceaux de l'omo-hyoïdien, représenté ici par erreur sous-jacent aux faisceaux (déjà écartés) du sterno-hyoïdien et du sterno-thyroïdien.

Les temps principaux :

A. *L'accouchement du corps thyroïde* : Une fois que tous les faisceaux musculaires ont été sectionnés ou décollés par un coup de frottement à la compresse sur la masse goitreuse, on introduit un ou deux doigts d'un côté et de l'autre de la tumeur, pour l'accrocher par derrière ; on la soulève, puis on l'amène en dehors du cou (fig. 5) ensemble

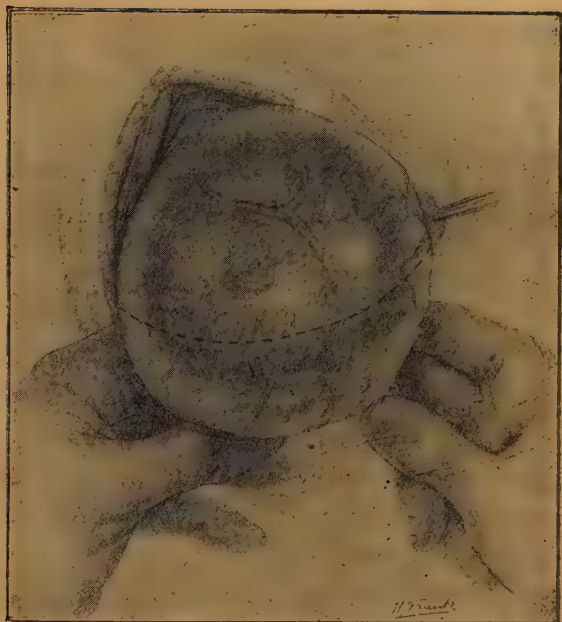


FIG. 5 (d'après nature)

L'accouchement du goitre. Un ou deux doigts introduits derrière la tumeur et de chaque côté la soulèvent et la sortent de la profondeur. En pointillé, l'incision qui sera faite sur la tumeur, pour rechercher le plan de clivage proche.

avec la trachée, et, dès ce moment, même si la dyspnée était très intense, la respiration revient au calme. Cette manière de l'accouchement du goitre extériorise, superficialise tous les actes du chirurgien et comme notre Maître le dit : « Il y a longtemps qu'on ne craindrait plus les hémorragies de la goitrectomie, si l'on avait pris le soin de n'opé-

rer que sur des corps thyroïdes extraits de la loge cervicale ».

Cette manœuvre est applicable à tous les goîtres : notre Maître le Professeur Sébilleau n'a jamais rencontré de goître qu'il lui ait été impossible d'accoucher et il croit qu'il n'y en a pas. En effet, nous allons voir comment, même les plus gros goîtres, entre ses mains, cèdent à cette manœuvre si simple : « Un jour, devant quelques chirurgiens américains, je me suis trouvé en présence d'une grande difficulté : un énorme goître, enfoncé dans le médiastin y formait deux grosses masses. Avec l'index, il me fut impossible de les désenclaver. Je crois bien que si j'avais été en la présence de mes élèves, j'aurais abandonné la partie. Mais par amour-propre je persistai. A un moment, la dyspnée du patient prit un caractère des plus inquiétants. J'eus alors, l'idée d'introduire la main toute entière dans le médiastin, comme l'accoucheur dans la cavité utérine ; elle eut de la peine à passer, mais elle y arriva ; en cheminant entre le sternum et la tumeur, elle parvint à s'engager sous la face inférieure de celle-ci qui sortit brusquement du thorax et vint s'épanouir dans la plaie opératoire. Par la suite, tout marcha à souhait ».

B. *La décortication du goître.* — Nous avons vu qu'il existe autour d'un goître plusieurs formations conjonctives ; or, pour extraire la tumeur rapidement et sans hémorragie, il faut rester dans le plan

de clivage proche, entre la paroi propre de la tumeur et la première formation conjonctive. Mais ce décollement serré est presque impraticable par l'usage du doigt ou de la spatule. Par contre, par la manœuvre du tampon, on réalise un décollement parfait, rapide et facile. Voici comment notre Maître le Professeur Sébilleau décrit cette manœuvre : « Sur le corps thyroïde extrait du cou, corps thyroïde que la main gauche saisit, tend et présente à la main droite, je pratique dans la région où s'est développé le goitre, et sans souci des vaisseaux veineux qui circulent assez souvent à la périphérie, une incision dont la longueur dépend du volume apparent de la tumeur. Cette incision doit être faite délicatement, car il ne faut à aucun prix pénétrer dans le parenchyme de la tumeur, qui, solide ou liquide, se viderait par la brèche et ne pourrait plus être énucléé qu'avec de grandes difficultés. Selon la profondeur du goitre, cette incision est elle-même plus ou moins profonde et intéresse soit de simples formations conjonctives superposées au goitre, soit le parenchyme thyroïdien lui-même. Dès que je me sens arrivé tout près de la paroi de la tumeur, j'abandonne le bistouri et je prends un tampon (un tampon de gaze chirurgicale) ; avec lui, en quelques secondes, je continue et je termine l'opération de la manière suivante : maintenant toujours de la main gauche la tumeur à l'état de tension, je fais mordre le tampon fortement, durement, sur la tranche supérieure ou sur la tran-

che inférieure de l'incision, procédant par petits coups secs, serrés, appuyés, qui écartent l'une de l'autre ces deux tranches, séparent les lames conjonctives superposées qui recouvrent la tumeur



FIG. 6 (d'après nature)

La « décortication au tampon » commencée par la lèvre inférieure de l'incision pratiquée sur le goitre. On voit la série des plans conjonctifs superposés. Le tampon mord rudement sur la tumeur et découvre le plan de clivage proche qu'il suit.

(fig. 6) et ouvrent ainsi les plans de clivage, arrivant enfin sur la paroi même du goitre, le tampon n'accroche plus rien ; l'espace de la décortication

est trouvé. Il n'y a plus, alors, continuant ce même mouvement de morsure âpre du tampon sur la paroi extérieure de la tumeur, qu'à poursuivre le dé-

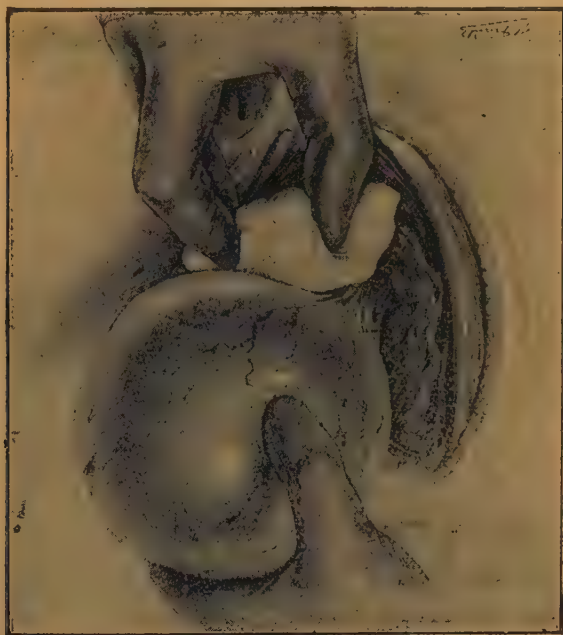


Fig. 7 (d'après nature)

La fin de la décortication. Le goitre n'adhère plus qu'au fond de sa poche. Quelques coups de frottement vont le libérer définitivement.

capuchonage circumpériphérique de celle-ci (fig. 7) ; une fois que le vrai plan de clivage est découvert, la décortication se fait en moins de temps qu'il en faut pour l'écrire. L'extirpation du plus gros goitre ressemble à un tour de passe-passe ; on

dirait de l'ablation d'un lipome circonscrit. L'hémostase est d'une grande simplicité, car l'hémorragie est toujours peu abondante. Dans le fond de la cavité qu'occupait la tumeur, quelques petits vaisseaux, artériels ou veineux, saignent légèrement. Je ne les lie jamais, et cela pour deux raisons : la première est que la chose est tout à fait inutile ; la seconde est que ni les pinces ni les fils ne tiennent sur les parois de la poche. Je tire donc simple-

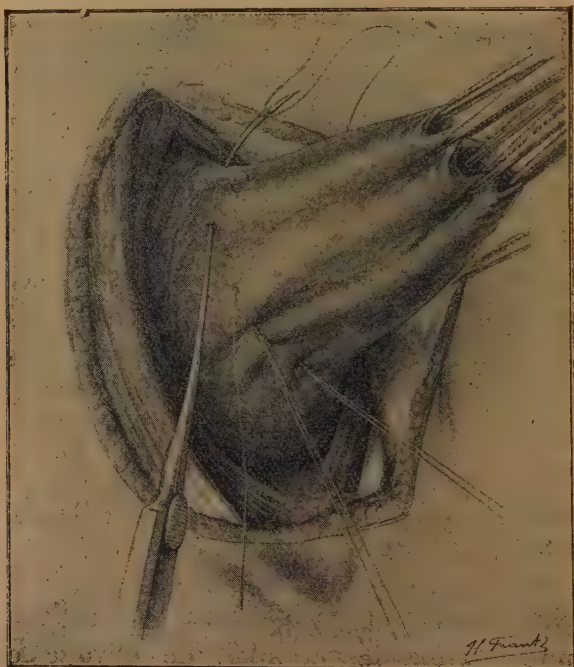


FIG. 8 (d'après nature)

La poche est tendue par des pinces à pression appliquées en collette sur sa bordure. On passe les fils en U du capitonnage.

ment sur celle-ci à l'aide des pinces à pression plates que je jette sur la bordure et je passe à travers des parois ainsi tendues (fig. 8), le plus près possible du fond, un, deux, à la rigueur trois fils de ca-



FIG. 9 et 10 (d'après nature)

En haut, le goitre ayant été extrait, la poche a été capitonnée dans la profondeur; sa bordure est tirée par des pinces à pression et des ciseaux, suivant la ligne pointillée, réséquant toute la partie dépassante.

En bas, suture de la bordure de la poche à points passés. Profondément, les fils en U du capitonnage.

pilonnage que je noue séance tenante et séparément. L'étanchéité est immédiate. Je réunis ensuite par quelques points séparés d'une suture au catgut les deux lèvres du sac, après les avoir, d'un coup de ciseaux, nivelées par une résection aussi étendue que possible (fig. 9 et 10).

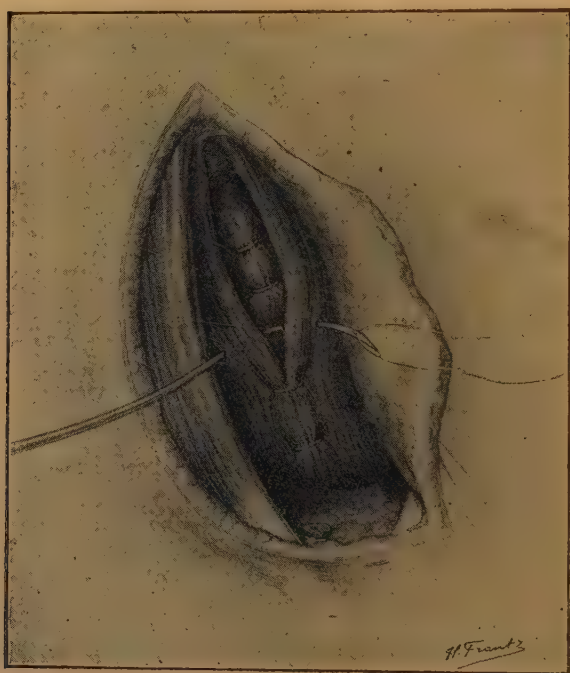


FIG. 11 (d'après nature)

Par-dessus la tumeur; suture des lèvres de la couche musculaire (sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien). L'on voit le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien.

Les temps terminaux :

On replace dans le cou le corps thyroïde ; on reconstitue aussi exactement que possible le plan fibro-musculaire sous-hyoïdien, en avant du conduit laryngo-trachéal (fig. 11) ; on lie toutes les veines superficielles, et ces ligatures ont une très grande importance, car s'il en reste une, si petite qu'elle soit, elle pourrait recommencer à saigner, après l'opération, et engendrer un hématome sous-cutané. Ensuite, on suture la peau à l'aide d'agrafes de Michel.

Pas de drainage ; et notre Maître le Professeur Sebileau considère inutile et mauvais de drainer après les goitrectomies, si compliquées qu'elles aient pu être, à la condition que l'hémostase soit parfaite.

Pendant deux ou trois jours après l'opération, les malades ont une légère élévation thermique : 37°5, 38°, 38°2, très rarement davantage.

Modifications imposées par quelques états anatomiques :

Telle est schématiquement, comme nous venons de le décrire, la technique de la décortication des goitres réalisable dans la plupart des cas. Mais en pratique, des états anatomiques peuvent imposer quelques modifications. Ces états sont au nombre de deux, et notamment : les goitres polynodulaires et les goitres diffus.

1° Indications provenant de la multiplicité des formations goitreuses :

Ici encore, trois cas sont à considérer :

a) Formations goitreuses pas trop nombreuses, pas trop rapprochées, avec, autour d'elles, parenchyme thyroïdien d'apparence sain ou à peu près : on pratique la *polyénucléation successive intraglandulaire* qui n'est autre que la répétition, autant de fois qu'il se présente de noyaux à enlever, de la décortication intraglandulaire dont nous venons de décrire la manœuvre.

b) Formations goitreuses nombreuses, rapprochées, avec, autour d'elles, parenchyme thyroïdien altéré, mais avec une partie du lobe épargnée : on pratique *l'énucléation globale intra-glandulaire*. Dans ce cas, la totalité des noyaux forme une seule masse qui est encapsulée dans le parenchyme glandulaire et peut en être séparée par décortication ; la technique est la même que pour un mono-goitre, mais l'opération est plus longue, plus saignante, moins élégante et même, dans quelques cas, certains nodules de la périphérie du bloc ne viennent pas avec la masse énucléée, de sorte qu'après la décortication de la tumeur, il faut encore faire la toilette des parois restantes. C'est ce que notre Maître le Professeur Sebileau dénomme « *l'ébarbement thyroïdien* » : A l'aide des ciseaux courbes, on resèque en surface, on ébarbe les parois de la poche qui

contenait le goitre, jusqu'à ce qu'on rencontre du tissu sain.

c) Formations goitreuses nombreuses rapprochées, étendues à tout un lobe, avec parenchyme intermédiaire altéré et en dégénérescence : on pratique *l'énucléation toto-lobaire sous-capsulaire* qui n'est autre chose que l'énucléation étendue à toute une moitié du corps thyroïde ; on extirpe donc la totalité d'un lobe, c'est-à-dire qu'au lieu de pratiquer la séparation entre la masse goitreuse et le parenchyme thyroïdien, on pratique la séparation entre le parenchyme thyroïdien et la capsule périphérique. Si, à la face postérieure du lobe thyroïdien, les formations conjonctives sont très fragiles et n'assurent pas la protection suffisante contre la blessure du récurrent et les parathyroïdes, on termine l'opération par l'ébarbement du parenchyme thyroïdien, au risque de laisser en place, tout contre la trachée, une petite épaisseur de cortex. Quant à la corne thyroïdienne, si elle doit être extirpée, on a tout intérêt à pratiquer la ligature du pédicule artério-veineux, comme mesure de précaution contre l'hémorragie ; mais si on juge que cette corne doit être conservée, c'est elle-même qu'on lie et qu'on sectionne à un, deux ou trois centimètres du sommet.

2°) *Indication provenant du caractère diffus de la formation goitreuse :*

On pratique dans ces cas la décortication sous-capsulaire au tampon ; on arrive, par le frottement, à extraire le lobe thyroïdien sans dommage pour le récurrent ou pour les parathyroïdes dont on reste séparé par des épaisseurs connectives.

Conclusions

Nous voyons que dans l'ensemble l'extirpation des goîtres, quels que soient leur volume ou leur variété, est une opération des plus bénignes.

Elle se distingue de la technique classique par certains points d'une importance capitale que nous avons cherché à préciser au cours de cet exposé et qui sont avant tout :

1° *L'accouchement du corps thyroïde porteur de la tumeur.*

Ce temps est capital et son importance domine toute l'intervention. Cette manœuvre est toute différente de ce qu'on appelle, d'ordinaire, la « libération de la tumeur » ou « la luxation du goitre » qui ne sont autre chose qu'une sorte d'ouverture par le doigt ou la spatule, du premier plan de clivage qui se présente autour de la tumeur, manœuvre très compliquée et délicate. Par contre, l'accouchement du goitre est une manœuvre primitive d'une grande simplicité et qui superficialise tous les actes du chirurgien. Au lieu d'opérer en profondeur, ce qui est une véritable erreur opératoire, et

ce qui pratiquement est dangereux et presque impossible, l'accouchement de la tumeur permet d'opérer en dehors du cou, dans un large champ opératoire.

2° *La décortication du goitre au tampon.*

Manœuvre qui permet de rester dans le plan de clivage proche, et réalise un décollement parfait, rapide et facile, sans aucune hémorragie.

3° *Le capitonnage de la poche* qui réalise une hémostase parfaite.

Cette notion d'hémostase complète et facile à obtenir grâce au simple capitonnage, comporte deux corollaires :

a) Il n'est nullement nécessaire, en aucun cas, de pratiquer, dans un premier temps opératoire, une ligature préventive des artères thyroïdiennes.

b) Après l'extraction du goitre, le drainage filiforme aux crins, dont on connaît tous les inconvénients, est, dans la plupart des cas, absolument inutile.

Vu, le Doyen : *Vu, le Président :*

BALTHAZARD. SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- 1) PIERRE SEBILEAU. — Technique de l'extirpation des goitres. (*Paris Médical*, 1921).
 - 2) PIERRE SEBILEAU. — Chirurgie des basedowiens et des basedowifiés. (*Pratique Médicale Française*, 1927).
 - 3) ROUVIÈRE. — *Traité d'anatomie*, Paris 1928.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
